



## Anmeldebogen mit Anamnese

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Verschiedene Erkrankungen können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an unser Team. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Mailadresse \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

mitversichert bei:  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

pflichtversichert:  Ja  Nein  
Zusatzversicherung/ Beihilfe  Ja  Nein

### Ich komme wegen:

Zahnschmerzen   
Kontrolle   
Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk   
Zahnfleischbluten   
Zahnfleischrückgang   
Zahnlockerung   
Anderem

### Welcher Arzt weiß am besten über Ihre Gesundheit Bescheid?

Name \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN**

Ja    Nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

  

Wenn ja, welche? Z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate,...

---

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

Haben Sie Infektionskrankheiten wie HIV, Creutzfeldt-Jakob  
oder deren Variante MRSA?

     
   

Haben Sie Gerinnungsstörungen?

  

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?

  

Haben Sie Hepatitis B, C oder eine andere ansteckende Viruserkrankung?

  

Haben Sie Diabetes?

  

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?

  

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?

  

Haben Sie grünen Star?

  

Haben Sie Asthma?

  

Sind Sie Raucher?

  

Sind Sie Drogenabhängig?

  

Sind Sie Epileptiker?

  

Leiden Sie an einer Krebserkrankung?

  

**Leiden Sie an einer der folgenden Allergien bzw. Unverträglichkeiten?**

Lokalanästhetika/Spritzen

  

Antibiotika (u.a. Penicillin)

  

Schmerzmittel

  

Metalle

  

Heuschnupfen

  

Sonstige

  

Haben Sie einen Allergiepass?

  

**Für Patientinnen: besteht eine Schwangerschaft?**

  

**Ich bin mit einer Anästhesie (Spritze), wenn nötig, einverstanden  
und wurde über Risiken/Nebenwirkungen aufgeklärt.**

  

**Interesse an einem Anästhesie-Aufklärungsbogen?**

  

**Einwilligung zur Kontaktaufnahme/ Recall?**

Die Kontaktaufnahme würde per Mail, Telefon oder per Post erfolgen

  

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, bitten wir um telefonische Absage,  
spätestens 24 Stunden vor Ihrem Termin! Ansonsten behalten wir uns vor die Ausfallzeit in  
Rechnung zu stellen!**

-----  
Datum

-----  
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben.